

AUF EINLADUNG DES AUSSCHUSSES FÜR BILDUNG, FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND

# Stellungnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zu „Gesellschaftlicher Teilhabe älterer Menschen“

Mittwoch, 15. April 2026, 11:30 Uhr

*Dr. Alexia Zurkuhlen, Vorständin, 10. April 2026*

Kuratorium Deutsche Altershilfe | Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Michaelkirchstr. 17-18

10179 Berlin

Tel.: +49 30 / 2218298 – 0

Fax: +49 30 / 2218298 - 66

E-Mail: [info@kda.de](mailto:info@kda.de)

Internet: [www.kda.de](http://www.kda.de)

# Stellungnahme

## 1. Einleitung

Die vorliegende Stellungnahme erfolgt im Rahmen der Sachverständigenanhörung des Ausschusses für Bildung, Familie und Senioren. Sie knüpft an zentrale Befunde des 8. und 9. Altersberichts der Bundesregierung an und verbindet diese mit Reformüberlegungen und fachlichen Ansätzen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA).

Aus Sicht des KDA steht dabei insbesondere die Frage im Mittelpunkt, wie gesellschaftliche Teilhabe auch unter Bedingungen von Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf strukturell ermöglicht werden kann. Damit verbindet das KDA Teilhabe-, Pflege-, Wohn- und Sozialraumperspektiven systematisch miteinander.

Ziel ist es, die Herausforderungen und notwendigen Reformschritte für eine zukunftsfähige Gestaltung von Pflege und Teilhabe im Alter darzustellen. Dabei wird ein erweitertes Verständnis von Pflege zugrunde gelegt, das über eine rein gesundheitspolitische Perspektive hinausgeht und insbesondere die Verknüpfung mit Bildungs-, Familien- und sozialpolitischen Fragen in den Mittelpunkt rückt.

## 2. Leitbild: Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag

Der **9. Altersbericht** formuliert einen grundlegenden Paradigmenwechsel: Weg von einer defizitorientierten Altenhilfepolitik hin zu einer Politik, die auf **selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe** älterer Menschen abzielt. Dieses Leitbild erweitert den politischen Handlungsauftrag erheblich. Es geht nicht mehr allein um Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit, sondern um die Gestaltung von **Lebensbedingungen**, die ein gutes Leben im Alter ermöglichen.

Aus KDA-Perspektive bedeutet dieser Perspektivwechsel vor allem, Teilhabe nicht als individuelle Aufgabe zu verstehen, sondern als Ergebnis gestaltbarer sozialer, infrastruktureller und politischer Rahmenbedingungen. Teilhabe entsteht nicht durch Aktivierung einzelner Personen, sondern durch die Qualität der gesellschaftlichen Ermöglichungsstrukturen. Teilhabe ist damit kein Zusatz zur Versorgung, sondern ihr normativer Ausgangspunkt.

Zugleich wird deutlich, dass Teilhabechancen im Alter ungleich verteilt sind. Sie hängen maßgeblich von sozialen, ökonomischen, gesundheitlichen und regionalen Faktoren abhängen. Insbesondere sozial benachteiligte Gruppen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationsgeschichte, alleinlebende ältere Menschen oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität sind in besonderem Maße von Ausschlüssen betroffen. Eine moderne Politik für das Alter muss daher konsequent auf **Diversität, Gerechtigkeit und Inklusion** ausgerichtet sein. Dies erfordert eine konsequent intersektionale Perspektive,

die die Überlagerung von beispielsweise sozialen Lagen, Geschlecht, Migration, Gesundheit und Lebensverlauf systematisch berücksichtigt.

Der **8. Altersbericht** hat darüber hinaus gezeigt, dass gesellschaftliche Teilhabe heute auch digitale Teilhabe umfasst. Digitalisierung eröffnet Chancen, kann aber zugleich Exklusionsrisiken verschärfen. Digitale Kompetenzen, Zugang zu digitalen Werkzeugen und unterstützende Lern- und Ermöglichungsstrukturen sind deshalb eine wichtige Voraussetzung, um Teilhabechancen im Alter gerechter zu gestalten.

### 3. KDA-Expertise zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe nimmt eine **intersektionale Perspektive** ein, die heterogene Altersbilder, das Berücksichtigen von verschiedenen Teilhabebereichen (kulturell, politisch, sozial, uvm.), weg von der defizitären Betrachtung des Alterns hin zu einem kompetenzorientierten Menschenbild positioniert.

Aus KDA-Perspektive zeigt sich, dass gesellschaftliche Teilhabe im Alter nur dann gelingen kann, wenn zentrale Lebensbereiche nicht getrennt, sondern integriert gedacht werden. Der zentrale blinde Fleck der aktuellen Strukturen liegt in der Trennung von Altenhilfe, Pflege und sozialräumlicher Infrastruktur. Präventionsangebote, Wohnen, Pflege, soziale Infrastruktur, Engagement, Nachbarschaft, Beratung und Bildung stehen in enger Wechselwirkung. Eine zukunftsfähige Politik für das Alter muss diese Zusammenhänge stärker berücksichtigen.

Hierzu kommen folgende Erkenntnisse zu.

#### 3.1 Teilhabe in Caring Communities und sorgenden Gemeinschaften

Das KDA versteht Caring Communities beziehungsweise sorgende Gemeinschaften als umfassenden sozialräumliches Leitbild, das Sorge, Unterstützung und solidarische Verantwortung in unterschiedlichen Lebenslagen stärkt.

Caring Communities können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Teilhabe im Alter zu stärken. Voraussetzung ist jedoch, dass diese nicht als Ersatz für staatliche oder professionelle Verantwortung interpretiert werden. Engagement von An- und Zugehörigen, Nachbarschaften, zivilgesellschaftlichen Akteuren und professionellen Diensten muss dabei ausdrücklich zusammengedacht werden. Gleichzeitig macht das KDA deutlich, dass sorgende Gemeinschaften professionelle Pflege weder ersetzen noch informalisieren dürfen. Sie sind als Ergänzung und Erweiterung professioneller Strukturen zu verstehen, nicht als deren Ersatz.

Aus KDA-Perspektive liegt ihre Stärke insbesondere darin, dass sie an den konkreten Lebenslagen der Menschen ansetzen und damit soziale Ungleichheiten besser in den Blick nehmen können. Gleichzeitig benötigen sie professionelle Koordination, verlässliche Finanzierung und kommunale Steuerung, um wirksam zu sein. In Verbindung

mit einer integrierten Politik, die Prävention, Pflege, Wohnen, Mobilität, Bildung und soziale Teilhabe miteinander verbindet, können Caring Communities dazu beitragen, Ausgrenzung zu reduzieren und Teilhabechancen zu verbessern.

Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Partizipation älterer Menschen in lokalen und regionalen Netzwerken nicht nur für, sondern mit ihnen gestaltet wird – auch und gerade dann, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen, Unterstützungsbedarfe oder kognitive Veränderungen vorliegen. Funktionierende Sorgegemeinschaften brauchen verlässliche und auskömmliche Finanzierung, handlungsfähige Kommunen und eine gestärkte Altenhilfe, die die notwendige Infrastruktur für Beratung, Prävention und Teilhabe bereitstellt.

Zugleich können Caring-Community-Konzepte eine wichtige Leerstelle zwischen gemeinschaftlichen Wohnformen, ambulant betreutem Wohnen und klassischer Versorgung adressieren. Diese Wohn- und Versorgungsformen verstehen sich zugleich strategisch als Antwort auf demografische Dynamiken, Fachkräftemangel und die Diversifizierung von Bedarfen.

### **3.2 Teilhabe und Wohnen in der Langzeitpflege**

Aus KDA-Perspektive gilt: Teilhabe endet nicht dort, wo Pflege beginnt. Auch unter Bedingungen von Langzeitpflege müssen Selbstbestimmung, Mitentscheidung und Einfluss auf die eigenen Lebensumstände gewährleistet bleiben.

Im Rahmen der vom KDA entwickelten Heimtypologie und der Herausarbeitung der 1. bis 5. Heimgenerationen, hat das KDA immer wieder versucht, Impulse dafür zu geben, wie Heimeinrichtungen bzw. Pflegewohnsettings passgenauer auf aktuelle und zukünftige Anforderungen reagieren zu können. Heute geht es stärker darum, Pflegewohnsettings so weiterzuentwickeln, dass sie den Bedarfen der größtenteils schwer pflegebedürftigen Menschen ebenso gerecht werden wie den professionellen und informellen Sorgearrangements, die dort wirksam sind. Zu den förderlichen Rahmenbedingungen gehört eine demokratische Lernkultur für bzw. in Langzeitpflegewohnsettings anzuregen; d.h. die Demokratisierung der Sorgeskultur muss stärker in den fachlichen aber auch bundes-, landes- und kommunalpolitischen Pflegereformdiskurs eingebracht werden. Es geht darum, Pflegewohnsettings nicht nur als Versorgungseinrichtungen, sondern als Orte von Teilhabe, Mitwirkung und Würde weiterzuentwickeln.

Wohnen ist dabei mehr als nur eine bauliche Frage. Über das Wohnen entscheidet sich, ob Teilhabe alltagspraktisch gelingt oder institutionell begrenzt wird. Es geht es nicht nur um barrierefreie Wohnformen, sondern um ein integriertes Wohnumfeld mit kurzen Wegen, sozialer Infrastruktur, generationenübergreifenden Begegnungsmöglichkeiten und auch digitalen Teilhabeangeboten. Wohnen ist eine zentrale Voraussetzung für die Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe im Alter – auch und gerade bei Unterstützungs- und Pflegebedarf.

Pflege ist deshalb nicht allein ein Leistungsbereich der Sozialversicherung zu begreifen. Sie ist eingebettet in Fragen von Wohnen, sozialer Teilhabe, kommunaler Daseinsvorsorge, Arbeitsmarktentwicklung und zivilgesellschaftlichem Engagement. Eine integrierte Politik für das Alter muss diese Zusammenhänge strukturell abbilden.

### **3.3 Teilhabe im Quartier als zentrale Umsetzungsebene**

Ein zentraler KDA-Baustein ist das Quartier. Das Quartier fungiert als Vermittlungsebene zwischen individuellen Lebenslagen und gesellschaftlichen Strukturen. Denn gesellschaftliche Teilhabe entscheidet sich ganz wesentlich im unmittelbaren Lebensumfeld: in der Nachbarschaft, im Wohnumfeld, in erreichbaren Angeboten, in sozialer Infrastruktur, Beratung, Mobilität und alltäglichen Unterstützungsnetzen.

Aus KDA-Perspektive zielt Quartiersentwicklung darauf, Lebensräume so zu gestalten, dass ältere Menschen und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Dafür reicht es nicht aus, einzelne Hilfe- oder Pflegeangebote auszubauen. Erforderlich ist vielmehr ein Zusammenspiel aus wertschätzendem gesellschaftlichem Umfeld, tragender sozialer Infrastruktur, generationsgerechter räumlicher Infrastruktur, bedarfsgerechten Wohnangeboten, wohnortnahen Dienstleistungen sowie Beratung und Begleitung.

Damit wird deutlich: Pflegebedürftigkeit führt nicht nur aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in institutionelle Versorgung, sondern häufig auch aufgrund von Versorgungslücken im Quartier – etwa fehlender sozialer Kontakte, mangelnder Unterstützungsnetze, nicht erreichbarer Angebote oder fehlender Orientierung. Quartiersentwicklung ist daher ein zentraler Ansatz, um Teilhabe-, Wohn- und Pflegepolitik miteinander zu verbinden. Dies macht deutlich, dass institutionelle Versorgung oft Folge struktureller Defizite ist und nicht ausschließlich individueller Bedarfe

Zugleich ist Quartiersentwicklung aus KDA-Sicht beteiligungsorientiert, vernetzt und auf lokale Verantwortungs- und Entwicklungsgemeinschaften angewiesen. Ältere Menschen sind nicht nur Zielgruppe von Angeboten, sondern an der Bedarfsermittlung, Planung und Gestaltung ihrer Lebensräume aktiv zu beteiligen. Teilhabe zeigt sich damit auch darin, ob Menschen ihr Quartier mitgestalten können und ob Strukturen vorhanden sind, die Begegnung, Engagement und gegenseitige Unterstützung ermöglichen.

Damit solche Prozesse gelingen, braucht es verlässliche Ermöglichungsstrukturen: wohnortnahe Beratung, funktionierende Netzwerke, Quartiersmanagement und koordinierende Rollen, die Entwicklungen im Sozialraum initiieren, sichtbar machen und verstetigen.

### **3.4 Einsamkeit als Teilhabe- und Strukturfrage**

Einsamkeit ist nicht mit Alleinsein gleichzusetzen. Einsamkeit beschreibt vielmehr ein subjektives Empfinden und Erleben sozialer Beziehungen. Während Alleinsein durchaus

positiv erlebt werden kann, ist Einsamkeit häufig mit Scham und gesellschaftlicher Tabuisierung verbunden.

Aus KDA-Perspektive ist Einsamkeit jedoch nicht nur ein individuelles Problem, sondern auch Ausdruck struktureller Defizite in sozialen Räumen und Unterstützungsstrukturen. Fehlende Begegnungsorte, brüchige soziale Netze, unzureichende Mobilität, Überforderung in Sorgebeziehungen und mangelnde Teilhabebelegenheiten können Einsamkeit verstärken.

Besonders sichtbar wird dies auch bei Menschen der sogenannten Sandwich-Generation, die zwischen Kindererziehung, Beruf, familiären Verpflichtungen, Engagement und nicht selten der Pflege von An- oder Zugehörigen stehen. Die Sorge für andere wird gesellschaftlich häufig als selbstverständlich vorausgesetzt, kann aber mit einem erheblichen Gefühl des isolierten Funktionierens einhergehen. Einsamkeit ist damit auch im Kontext familialer Sorgearbeit und Pflege mitzudenken.

### **3.5 Klimagerechtigkeit und Teilhabe im Alter**

Auch die Folgen des Klimawandels treffen ältere Menschen nicht gleichermaßen. Hitzebelastung infolge des Klimawandels trifft nicht alle älteren Menschen gleich. Armut, Gesundheit und Umweltbedingungen greifen ineinander und verstärken sich gegenseitig. Gerade hier zeigt sich die Bedeutung Intersektionaler Perspektiven: Pauschale Maßnahmen greifen zu kurz, wenn sie an den tatsächlichen Lebenslagen vieler älterer Menschen vorbeigehen.

Teilhabe im Alter(n) muss also intersektional und klimagerecht gedacht werden. Insbesondere auf Quartiersebene zeigt sich, ob klimatische Belastungen soziale Ungleichheiten verstärken oder durch geeignete Infrastruktur abgefedert werden können. Das betrifft nicht nur Gesundheitsschutz, sondern ebenso die Frage, ob Quartiere, öffentliche Räume und lokale Unterstützungsstrukturen so gestaltet sind, dass ältere Menschen auch unter veränderten klimatischen Bedingungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können - weil sich unterschiedliche Ungleichheitslagen in konkreten Lebensrealitäten überlagern. Die Einbindung älterer Menschen in klimasensible kommunale Politik muss deshalb stärker in den Fokus rücken.

### **3.6 Hochaltrigkeit und Engagement: Potenziale sichtbar machen**

Die Zahl hochaltriger Menschen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Damit rückt die Altersgruppe 80+ stärker in den Mittelpunkt politischer und fachlicher Aufmerksamkeit. Aus KDA-Perspektive ist dabei wichtig, Hochaltrigkeit nicht ausschließlich defizitorientiert zu betrachten.

Viele Menschen über 80 Jahre bewältigen ihren Alltag eigenständig und engagieren sich in unterschiedlichen Formen gesellschaftlich. Gleichzeitig darf Teilhabe nicht an Aktivität oder Engagement gebunden werden, sondern muss auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf gewährleistet sein. Dieses Engagement ist in mehrfacher Hinsicht

bedeutsam: Es stärkt soziale Einbindung, kann psychische und physische Stabilität fördern, das Selbstwertgefühl stützen und Einsamkeit vorbeugen. Zugleich verdeutlicht es, dass ältere Menschen nicht nur Adressat:innen von Teilhabepolitik sind, sondern selbst aktiv zur Gestaltung sorgender Gemeinschaften beitragen.

Die KDA-Stiftung „Pro Alter“ würdigt dieses Potenzial unter anderem mit dem Engagementpreis 80plus, der das Engagement hochaltriger Menschen sichtbar macht und gesellschaftlich anerkennt.

#### 4. Fazit

Aus KDA-Perspektive ist gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen kein ergänzendes Ziel, sondern der zentrale Maßstab für die Ausgestaltung von Pflege, Wohnen und sozialer Infrastruktur – im Rahmen integrierter Politik für ein gutes Leben im Alter.

Eine zukunftsfähige Politik für das Alter erfordert integrierte, sozialräumlich verankerte und partizipativ gestaltete Strukturen, die Teilhabe auch für hoch vulnerable Gruppen ermöglichen. Entscheidend ist dabei, Prävention, Wohnen, Pflege, Quartier, Engagement und gesellschaftliche Verantwortung nicht länger getrennt zu betrachten, sondern als gemeinsame Gestaltungsaufgabe zu verstehen.

Die zentrale Frage lautet daher: Wie gestalten wir unsere Strukturen so, dass Teilhabe im Alter nicht für einige, sondern für alle Menschen möglich wird?